

*Н.А. ВЯЛЫХ*

### ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ПРЕДПОСЫЛКИ СОЦИОЛОГИЧЕСКОГО АНАЛИЗА ПОТРЕБЛЕНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

*Аннотация.* Статья посвящена системному анализу содержания и границ использования категории потребления медицинской помощи в социологической науке. Новизна работы выражается в применении методологического принципа трансдисциплинарности к исследованию феномена потребления медицинской помощи. Автор приходит к выводу о возможности интеграции биомедицинского, валеологического, аксиологического, экономического, социально-культурного подходов для лучшего социологического понимания поведения в ситуации заболевания. Социально-статусные и социокультурные различия продуцируют потребительские стратегии, в результате которых складывается побочное стратификационное деление общества в сфере потребления медицинской помощи. Таким образом, задача современной социологии, на взгляд автора, состоит в том, чтобы связать социокультурные основания стратегий потребления медицинской помощи с социально-экономической структурой общества.

*Ключевые слова:* потребление, медицинская помощь, здравоохранение, активность, культура, дифференциация, социальное неравенство.

Обзор отечественной и зарубежной литературы показывает, что феномен потребления медицинской помощи достаточно длительное время находится в центре внимания научного сообщества. Однако не только концепт потребления медицинской помощи, но и само понятие «медицинская помощь» не в полной мере проработано в

---

**Вялых Никита Андреевич** — кандидат социологических наук, старший преподаватель кафедры теоретической социологии и методологии региональных исследований Института социологии и регионоведения Южного федерального университета. **Адрес:** 344006, Ростов-на-Дону, ул. Пушкинская, д. 160, к. 209. **Телефон:** +7 (951) 846-79-37.  
**Электронная почта:** sociology4.1@yandex.ru

социологической литературе. Часто можно наблюдать противоречивые дефиниции и даже подмены этого понятия другими — «медицинская услуга», «медицинское обслуживание», «услуга здравоохранения», — что создает теоретико-методологическую ловушку при изучении конкретных медико-социальных проблем.

Нашей отправной точкой будет следующее определение медицинской помощи: это совокупность профилактических, диагностических, консультативных, лечебных, реабилитационных мероприятий, оказываемых медицинскими организациями и квалифицированными профессионалами института здравоохранения, которые направлены на улучшение и поддержание здоровья отдельного человека и общества в целом.

Любая услуга нацелена на удовлетворение потребности. Очевидно, что медицинская услуга направлена на удовлетворение потребности личности в здоровье посредством взаимодействия с провайдером (медицинской организацией и конкретным специалистом). Но и медицинская помощь направлена на удовлетворение потребности. Поэтому попытка разъединения понятий «услуга» и «помощь» в контексте исследования поведения клиентов медицинских организаций превращается в мнимую проблему. Т.В. Бармина справедливо отмечает: «Архаичные представления о том, что медицинская помощь бесплатна, а медицинские услуги — платные, не соответствует сегодняшней ситуации в здравоохранении. Все медицинские манипуляции и действия имеют цену, все они оплачиваются» [2, с. 3].

Таким образом, не имеет значения, в рамках ли государственных гарантий бесплатной медицинской помощи, по договору или за неофициальную плату — в любом из этих случаев врач *помогает* человеку решить проблемы со здоровьем, и в таком понимании нет различий ни у медицины, ни у социологии. А вот влияние различных механизмов оказания медицинской помощи на поведение потенциальных и реальных пациентов медицинских организаций является одной из ключевых медико-социальных проблем, решить которую под силу только социологии.

Так, Ж.В. Савельева на основе контент-анализа российской прессы пришла к выводу, что «бесплатность оказания медицинской помощи в России сознательно гипертрофируется государственными масс-медиа для легитимации политики власти в сфере здравоохранения. Представители же оппозиционных СМИ используют платность услуг как козырь в символических стратегиях негативизации действий власти» [23, с. 350]. В результате нарастает диссонанс между информационной политикой доступности, бесплатности медицинской помощи и либерализацией сферы здравоохранения, неизбежно сопровождающейся попираанием заложенных ещё в античности деонтологических принципов врачевания.

Вводя в предметное поле нашего исследования категорию потребительского поведения, мы акцентируем значимость изучения дифференциации здравоохранительных стратегий общества в междисциплинарном дискурсе экономической социологии, социологии медицины и общественного здоровья, теории социальных структур, социальной психологии и других отраслей научного знания.

Учитывая многоаспектность феномена потребления медицинской помощи, считаем целесообразным выделить ряд взаимосвязанных подходов к его научному изучению: биомедицинский, валеологический, аксиологический, экономический, социокультурный. Методологический принцип трансдисциплинарности открывает возможность не просто исследования проблемы на стыке двух-трех наук, например социологии, экономики и социальной медицины (как при междисциплинарном подходе), а его перехода на более высокий уровень абстракции, временного выхода за пределы сугубо социологической системы знания с целью возврата к ней с последующим приращением социологических идей и концепций.

**Биомедицинский подход.** Под биомедицинским подходом понимается такое отношение к проблемам здоровья и болезни, при котором признается «безусловный приоритет биологических факторов над психосоциальными, а нарушение в работе организма рассматривается как единственное и достаточное условие для возникновения болезни» [27, с. 62–62]. Помимо этого биомедицинская модель использует линейную, механистическую концепцию причинности; в ней игнорируются личность, эмоциональное состояние и потребности пациента [31].

Изначально в центре биомедицинской модели потребления медицинской помощи лежало представление о здоровье как «нормальном» функционировании организма человека и всех его подсистем. Впоследствии биомедицинские интерпретации расширились, наряду с гармоничным физическим и умственным развитием стал учитываться, к примеру, признак хорошей адаптации человека к окружающей среде [10, с. 115–116]. Данное представление явилось, как нам кажется, предтечей упрощенного функционального взгляда на процесс потребления медицинской помощи. Простыми словами, у индивида возникает дисфункциональное состояние, сопровождающееся выраженной симптоматикой, он обращается к врачу, врач на основе анамнеза лечит пациента, восстанавливая «норму». Но почему-то проблема адаптации человека как потенциального пациента к институциональным условиям потребления медицинской помощи, к организационным и финансовым барьерам здравоохранения целенаправленно не рассматривалась в биомедицинских концепциях.

Солидаризируясь с М.А. Никулиной, мы полагаем, что «существующие сегодня стереотипы ценностей медицинской профессии, основанные на монопольном положении клинических парадигм, должны энергично дополняться социальными и этико-аксиологическими компонентами...» [19, с. 138].

**Валеологический подход.** Валеология как межнаучная область знания о здоровье фокусируется на исследовании «генетических и функциональных резервов систем организма и организма в целом, обеспечивающих устойчивость психофизиологического и социокультурного развития и сохранение здоровья человека в условиях влияния на него меняющихся условий внешней и внутренней среды» [5, с. 3].

Традиционно валеология изучает медицинскую активность человека, пути формирования установок на здоровый образ жизни, способы и комплексные программы оздоровления организма.

Потребление медицинской помощи в валеологическом дискурсе представляет собой реализацию индивидуальной стратегии здравоохранительного поведения, которая вбирает в себя поиск помощи, владение информацией, элементарную медицинскую грамотность и осведомленность, самоконтроль и даже волевые качества. Можно сказать, что потребление медицинской помощи есть концентрированное проявление самосохранительного поведения.

Потребление медицинской помощи — это базисная компонента медицинской активности. Как известно, медицинская активность бывает позитивной, способствующей укреплению и поддержанию здоровья, а бывает негативной, приводящей, как правило, к противоположным эффектам. То же самое справедливо и по отношению к потреблению медицинской помощи.

Однако потребление медицинской помощи необходимо отличать от медицинской и здравоохранительной активности. Отечественные ученые сходятся во мнении, что медицинская активность — это «деятельность людей в области охраны, улучшения индивидуального и общественного здоровья, зависящая от социально-экономической, политической обстановки и в конечном счете от общественных отношений, общественного производства. Ее важным элементом следует считать гигиеническое поведение, слагающееся из отношения к своему здоровью и здоровью других людей, выполнения медицинских предписаний и назначений, посещений лечебно-профилактических учреждений» [14, с. 54].

Б.Н. Чумаков обозначает слагаемые медицинской активности [28, с. 35]: 1) посещение медицинских учреждений, выполнение медицинских советов, предписаний; 2) поведение при лечении, профилактике, реабилитации, в том числе самолечении, других медицинских мерах; 3) участие в охране и улучшении здоровья населения, забота о здоровье

других (профилактика, лечение, работа медицинских учреждений и др.); 4) преодоление вредных привычек, традиций, обычаев, то есть целенаправленная деятельность человека по формированию здорового образа жизни. Таким образом, медицинская активность рассматривается как часть образа жизни человека и общества, как комплекс мероприятий и действий по охране и улучшению индивидуального и общественного здоровья.

Несомненно, образ жизни — решающий среди факторов, обуславливающих здоровье (порядка 50%). По 20% приходится на негативное воздействие окружающей среды и генетические факторы, и только 10% отдается деятельности организаций здравоохранения [14, с. 54]. Исследование образа жизни выходит за рамки нашей статьи, но мы должны констатировать зависимость нормального функционирования института здравоохранения от сознательной активности людей, то есть от образа жизни.

Одной из ключевых проблем концептуализации потребности в медицинской помощи является проблема концептуализации в нашем контексте понятия «потребность». П. Н. Лукичев совершенно справедливо разграничивает понятия нужды, потребности, мотива и приходит к выводу, что под нуждой надо понимать ущемленную, длительное время не удовлетворяемую или ущербно удовлетворяемую потребность, порождающую угрозу прекращения существования организма вообще. А ощущаемая или осознаваемая потребность является мотивом, обуславливающим действие, но в то же время, будучи отражением в языке процесса органического метаболизма, потребность есть абстракция [15, с. 166].

Специалисты Федерального института профессиональной безопасности и здоровья (Берлин) различают «нормативную потребность», оцениваемую медицинскими экспертами, и «ощущаемую потребность», отражающую реальные медицинские запросы общества. По мнению германских коллег, мотивационные факторы, а не условия системы здравоохранения, играют решающую роль в формировании модели здравоохранительного поведения [32]. Формула личностно ориентированного исследования медицинской потребности предельно проста: «человек X» или «население X» желает получить «медицинские услуги Y», для того, чтобы достичь «ожидаемого статуса здоровья уровня Z».

Действительно, эмпирические исследования, в том числе социальные прогнозы медицинских потребностей, направлены скорее на выявление «нормативных» потребностей (взять хотя бы ежегодно определяемые Правительством РФ гарантии бесплатной медицинской помощи и душевные нормативы ее оказания), а не на изучение того, каким образом индивиды воспринимают свои потребности и определяют объем необходимого медицинского обеспечения.

С валеологическим осмыслением феномена потребления медицинской помощи тесно связан *аксиологический подход*. Не вызывает сомнений тот факт, что здоровье, несмотря на всю сложность его универсальной дефиниции, является такой же общечеловеческой ценностью, как Красота, Истина, Добродетель, Справедливость и проч. Потребление медицинской помощи в аксиологическом смысле понимается как «практическая реализация сознательного отношения человека к своему здоровью как к социальной ценности, направленность его поведения на охрану и укрепление своего здоровья, а также здоровья окружающих его людей...» [9, с. 13]. Потребление медицинской помощи всегда детерминировано и опосредуется местом здоровья в иерархической системе ценностных ориентаций личности и конкретно-исторического общества.

К примеру, социологический опрос, проведенный в рамках проекта «О чем мечтают россияне и жители Ростовской области», показал, что мечты о крепком здоровье входят в тройку наиболее популярных по России в целом: жить в достатке (40%); иметь хорошее здоровье (33%); жить в более справедливом и разумно устроенном обществе (33%). А если взять данные по Ростовской области, то мечты о хорошем здоровье и вовсе лидируют (43%) [8, с. 338, 341]. Как отмечают соавторы проекта, «по отношению к данной мечте обнаруживается также достаточно четкая тенденция у групп с различным доходом». Если среди тех, кто относит себя к хорошо материально обеспеченным, мечта о крепком здоровье приоритетна для 31% опрошенных, то в среднедоходной группе таких уже 46%, а в группе недостаточно материально обеспеченных — 53% [8, с. 342].

А. Маслоу полагал, что здоровье (прежде всего психическое) — необходимое условие самореализации и самоактуализации для человека, только здоровый человек способен достичь вершины пирамиды потребностей. Потребление медицинской помощи в ценностном аспекте предстает как инструмент последующего удовлетворения базовых потребностей в безопасности, принадлежности к значимой для личности группе, в любви, уважении. Как писал А. Маслоу, если «человек стремится быть зрячим, а не слепым, хочет чувствовать себя хорошо, а не плохо, предпочитает цельность — ущербности, мы можем сказать, что он взыскует психологического здоровья» [16, с. 31].

Заслуживает внимания диспозиционная концепция саморегуляции и прогнозирования социального поведения личности, разработанная В.А. Ядовым. Как он отмечает, высший диспозиционный уровень в структуре личности образует «система ценностных ориентаций на цели жизнедеятельности и средства их достижения... формирование ценностных ориентаций отвечает высшим социальным потребностям личности в саморазвитии и самовыражении, притом в

социально-конкретных, исторически обусловленных формах жизнедеятельности, характерных для образа жизни общества и социальных групп, к которым принадлежит индивид и с которыми он себя идентифицирует, а следовательно — мировоззрение, идеологию и образ мыслей которых он разделяет» [24, с. 36].

Можно предположить, что потребление медицинской помощи актуализируется благодаря диспозиционной мотивации личности как механизму формирования эмоционально переживаемой готовности действовать определенным образом в ситуации заболевания, недомогания либо потенциальной угрозы здоровью.

Социально-психологические экспериментальные исследования женщин с онкологической патологией позволили группе ученых во главе с В.А. Ядовым прийти к парадоксальному выводу: завышенная ценность здоровья может затруднять выход из проблемной ситуации, так как человек закичивается на своем недуге и входит в роль больного. Дело в том, что в стрессовой ситуации, каковой является любое среднетяжелое, тяжелое, а для кого-то и легкое заболевание, как отмечает Ядов, «происходит расшатывание диспозиционной системы, которое проявляется в неустойчивости эмоционального фона, активной перестройке когнитивных элементов (поиск новой информации, ее противоречивое сочетание, образование логически несвязанных комплексов, неустойчивые генерализации частных сведений и т. п.) и часто в хаотическом импульсивном поведении». Однако именно в этот стрессовый период у больного формируется актуальная диспозиция к заболеванию и его лечению. Характеризуя эту диспозицию, Ядов пишет далее: «Ее позитивный или негативный “баланс” в значительной мере определен психическим состоянием субъекта, а также структурой высших диспозиций, относящихся к ценностям существования, и социальных установок по поводу трудовой деятельности, отношения к родным, коллегам, лечащему врачу, возможностям медицины и т. д.» [24, с. 149].

Получается, что выход из ситуации болезни посредством обращения к профессиональной медицинской помощи определяется системой ценностных ориентаций и диспозиций личности, формируемых под воздействием социальной среды и окружения. При этом совсем не обязательно, чтобы в структуре личности здоровье входило в высший диспозиционный уровень.

**Экономический подход.** Классическое воплощение экономического подхода — представление о потреблении как физиологически детерминированном процессе обмена и максимизации функции полезности рациональным индивидом. Следовательно, «...факторы, влияющие на потребление, носят исключительно экономический характер, и к ним относят уровень дохода и склонность к накоплению» [20, с. 26].

С.С. Мисюлин и Д.А. Борисов справедливо отмечают, что в настоящее время в российском медицинском обороте преобладает товарно-ориентированный маркетинговый подход — продавать всё, что производится. Отсюда следует, что медицинская помощь — это товар потребительского назначения, который оплачивается субъектом [18, с. 30].

В рамках микроэкономической традиции принято считать, что объективными условиями потребления медицинской помощи (как разновидности экономического поведения) являются безграничные потребности людей и ограниченные ресурсы. В конечном итоге, индивид достигает точки потребительского оптимума, то есть максимизации той полезности, которую он может получить от потребления набора благ в рамках ограниченного бюджета [17, с. 79]. Возникает закономерный вопрос об универсальности экономической теории, ее применимости к такому специфическому товару (услуге), как медицинская помощь. Правомерно ли утверждать, что потребности в медицинской помощи носят безграничный характер? Возможно ли достижение пресловутого оптимума в ситуации болезни?

Трудно не согласиться с зарубежными экономистами здравоохранения С. Виттер и Т. Енсор в том, что важно различать спрос на медицинскую помощь, желания потребителя и потребности. Как отмечают исследователи, «потребность — это количество товара, необходимое потребителю согласно мнению независимых экспертов, желание — это количество товара, необходимое потребителю по его собственному мнению, а спрос — это количество реально покупаемого товара» [6].

В микроэкономике различают два вида спроса: функциональный и нефункциональный [17, с. 73]. Потребность в медицинской помощи — хрестоматийный пример функционального спроса. Думается, потребители медицинской помощи вряд ли руководствуются желанием быть не хуже других, выделиться из общей массы, подчеркнуть свое социальное положение, ориентируясь на престижность элитных медицинских организаций ради удовлетворения своих капризов и сиюминутных желаний. Хотя демонстративное потребление медуслуг может иметь место в реальной жизни — допустим, принципиальное обращение в платные клиники из-за желания поддержать или повысить свой статус, подчеркнуть принадлежность к определенному социальному слою. Однако мы полагаем, что подобное потребление медицинской помощи в современном российском обществе массового характера не имеет.

Анализируя природу спроса на медицинские услуги, мы склонны согласиться с К. Эрроу, полагающим, что «наиболее очевидной отличительной характеристикой спроса индивида на медицинские услуги

является то, что они изначально не стабильны, как, например, пища или одежда, а нерегулярны и непредсказуемы. Медицинские услуги, за исключением профилактических услуг, приносят удовлетворение только в случае болезни, отклонения от нормального положения вещей» [29]. Также Эрроу рассуждает о большей степени неопределенности медицинской помощи по сравнению с потреблением других товаров и услуг, так как в ситуации заболевания, особенно тяжелого и серьезного, невозможно опереться на личный опыт, либо опыт других людей.

В.В. Радаев указывает, что потребительские практики становятся средством, активно производящим социальное неравенство, а потребление — не конечная цель, а лишь инструмент реализации более сложных социальных стратегий классовой и статусной дифференциации [21, с. 9]. Представляется, что в отношении потребления медицинской помощи данный принцип не работает, по крайней мере в российском обществе. Скорее масштабы и характер медицинской активности выступают проекцией социального неравенства в распределении здравоохранительных ресурсов.

К тому же спрогнозировать реальные потребности, а не мнимые желания в этой области достаточно сложно, поэтому все нормативы оказания медицинской помощи в России, как правило, рассчитываются сверху вниз — от возможностей бюджета, а не снизу вверх — от потребностей личности и общества. Сфера здравоохранения не является и не может быть полноценным конкурентным рынком, в котором, как утверждают специалисты в области экономики здравоохранения, «спрос и предложение полностью разделены, где цены действуют как сигналы дефицита и нормирующие агенты, в котором все мнения отражаются рыночными сигналами, а у потребителя есть информация и определенность в том, что он способен максимизировать его собственную удовлетворенность» [6].

По мнению В.И. Ильина, одна из исходных посылок экономической теории — типичный потребитель, репрезентирующий механическую совокупность всех потребителей, например нации [13, с. 6]. Исходя из этого в центре внимания экономической теории находится индивидуальное рациональное потребление человеком медицинской помощи как услуги, имеющей цену. Причем человек должен распределить свои денежные ресурсы таким образом, чтобы ему хватило средств на приобретение услуг данного вида.

Однако есть и другие, возможно, более значимые агенты рынка здравоохранения, а именно медицинские корпорации как «группы участников отношений в системе поддержания здоровья, обладающие каким-то монопольным статусом и взимающие с этого статуса ренту. Корпорации формируют потребности людей в лечении прежде всего

за счет своей монополии на знание о болезнях, в том числе — на описание состояния здоровья / болезни, на ведение типологии заболеваний, стандартов их лечения и т. д., а также на право вмешательства в деятельность организма (в процессе лечения)» [25, с. 19].

Таким образом, экономический подход не всегда учитывает потенциальный конфликт личных, государственных, общественных и корпоративных интересов, когда речь заходит о частных вопросах потребления медицинской помощи, — к примеру, присвоении статуса больного или здорового, человека с ограниченными возможностями (инвалида) или функционально полноценного.

Как отмечает К.А. Аванесян, в науке «произошла трансформация понимания практик потребительского действия от их экономической трактовки к трактовкам социологическим, рассматривающим потребительское поведение в контексте социальной стратификации групп, и культурологическим, концентрирующим свое внимание на культурной обусловленности феномена консьюмеризма» [1, с. 3].

С учетом вышесказанного, мы опираемся также на **социокультурный подход**, смещающий фокус внимания на «совокупность значений, смыслов и культурно-нормативных схем, которые помогают оценивать и переоценивать ресурсы, сценарии действия и вырабатываемые идентичности, привязанные к конкретным сообществам и временным контекстам» [22, с. 56]. В каждой культурной среде, пишет В.В. Радаев, «существуют особые ценности, влияющие на потребительский выбор, и формируются правила его институционального оформления. Они помогают определить одни формы потребления как следование пагубным привычкам и нарушение благопристойности, а другие — как требующие всяческого одобрения и поощрения. Причем оценки зависят от конкретных исторических и социальных условий» [22, с. 354–355].

Социокультурный подход позволяет определить контекстуальные факторы, опосредующие потребительский выбор в сфере здравоохранения. Потребитель медицинской помощи не так самостоятелен в своем выборе, как может показаться на первый взгляд, потому что он становится объектом внимания и социального контроля со стороны определенных социальных групп (например семьи) и локальных сообществ.

В 2012 г. нами было проведено разведывательное социологическое исследование методом анкетирования «Факторы неравного доступа к услугам здравоохранения в г. Ростове-на-Дону»<sup>1</sup> [11, с. 106].

<sup>1</sup> N — 300 чел. Объект исследования — жители Ростова-на-Дону как потенциальные потребители медицинской помощи. Способ отбора респондентов — квотная целевая выборка. В составе изученного контингента —

Согласно данным опроса, значимую роль для доступа к медицинской помощи играют личные связи и знакомства. 59,3% респондентов или членов их семей в течение года использовали знакомства и личные связи в целях обеспечения доступа к необходимой медицинской помощи. Среди участников опроса, имеющих заболевания на момент исследования, доля таковых составила 70%.

Потребление медицинской помощи во многом зависит и от эмоциональной окраски взаимоотношений пациентов и медработников. К примеру, значительная доля опрошенных (43,1%) показали, что со стороны персонала медицинских организаций они наблюдают чаще всего «сухое», подчеркнуто официальное отношение; по мнению 15,4%, медики относятся к ним «с выражением своего собственного превосходства». Вместе с тем более трети респондентов (36,8%) заявили об уважительном и корректном отношении сотрудников ЛПУ. В связи с этим необходимо отметить, что среди причин самолечения фигурируют: отсутствие индивидуального подхода, заинтересованности со стороны медицинского персонала (25,3%); недоверие к знаниям и опыту специалистов (22,9%); нежелание беспокоить профессионалов «по пустякам» (18,6%).

Самое непредсказуемое открытие нашего исследования — выявленное значение семейных взаимоотношений для активизации потребления медицинской помощи. Как оказалось, респондентам, в семьях которых решение относительно стратегии поведения в случае заболевания одного из членов семьи принимается коллегиально, приходилось реже отказываться от медицинских услуг из-за дефицита финансовых ресурсов по сравнению с теми опрошенными, которые выбирают стратегию поведения в ситуации болезни самостоятельно.

Более того, «сплоченные» семьи намного чаще прибегали к неофициальной оплате медицинской помощи (56,3% опрошенных в данной категории). Добавим, что такие семьи чаще используют знакомства и личные связи для получения необходимой медицинской помощи. Среди тех респондентов, которые сами принимают решения относительно своего здоровья, 37,7% платили неформально за медицинскую услугу. Указанные отличия мы склонны интерпретировать не как правовой нигилизм, а как естественное желание семьи сконцентрировать все ресурсы, чтобы помочь заболевшему родственнику.

Можно сделать вывод, поскольку финансовые возможности еще не гарантируют приемлемого качества и положительного исхода потребления медицинской помощи, население активизирует социальные

53% женщин и 47% мужчин. Распределение участников анкетирования по возрасту: 18–30 лет — 39%, 31–45 лет — 27,5%, 46–60 лет — 20,3%, 60 лет и старше — 13,1%.

ресурсы для удовлетворения потребности в здоровье. Кроме того, не таким уж самостоятельным и независимым оказывается поведение потребителей. Мы привели всего лишь несколько частных примеров для иллюстрации социокультурных аспектов потребительского поведения в сфере здравоохранения. Социокультурные факторы, в отличие от экономических или организационных, с большим трудом поддаются индикации и социологическому измерению.

Рассмотренной нами выше теории функционального спроса на медицинскую помощь противостоит концепция потребления Ж. Бодрийера<sup>2</sup>. Французский ученый пишет о необходимости выделения двух уровней медицинского потребления. По его мнению, «существует “невротическое” потребление возможностей лекарства, медицинской услуги, уменьшающей тоску; этот спрос так же объективен, как и тот, что определяется органической болезнью, но он приводит к “потреблению” в той мере, в какой на уровне этого спроса медик не имеет больше специфической Ценности, он оказывается заменен в качестве уменьшителя тоски или источника Услуг любым другим видом частичной регрессии: алкоголем, шопингом, коллекционированием (потребитель “коллекционирует” врача и медикаменты). Врач потреблен как знак-среди-других (так же, как стиральная машина в качестве знака комфорта и статуса)» [3, с. 112].

На первый взгляд, логика Ж. Бодрийера может показаться абсурдной, но, по нашему мнению, данная концепция объясняет возможные стратегии потребления медицинской помощи. В обществе потребления (является ли таковым современное российское общество?) доминирует представление о здоровье как престижной ценности, поэтому люди стремятся к безграничному потреблению медицинских, хирургических, фармацевтических услуг не столько для того, чтобы поддержать и продлить свое биологическое существование, сколько для достижения социального успеха. Ж. Бодрийер полагает, что независимо от того, потребляет ли медицинскую помощь низший класс, для которого врач — распределитель материальных благ и знаков, либо высший класс, для которого врач — «психоаналитик тела», во всех случаях «врач и лекарства имеют скорее культурную, а не терапевтическую ценность, и они потребляются как “потенциальная” мана» [3, с. 125]. Этим объясняется, например, российский феномен

<sup>2</sup> В постмодернистской социологической проекции потребление исследуется как систематическая тотально идеалистическая практика, выходящая далеко за рамки отношений с вещами, межличностных отношений и распространяющаяся на все регистры истории, коммуникации и культуры [4, с. 217]. Ж. Бодрийер полагает, что потребление представляет собой более или менее связанный дискурс, знаковую субстанцию, деятельность систематического манипулирования знаками [4, с. 214].

«профессиональных больных», которые по поводу и без повода посещают медицинские организации.

Восхищаясь эвристическим потенциалом постмодернистских взглядов на потребление медицинской помощи, мы вынуждены вместе с тем согласиться с В.И. Ильиным, что сегодня «возникает реальная угроза отрыва социологии от земли, что чревато ее смертью или уходом в облака свободного философствования, в котором без особого труда проглядываются контуры идеологии» [13, с. 9]. Действительно, в культурологических конструктах порою утопает центральная для социологической науки проблематика социального неравенства.

Аналитический обзор подходов к научному осмыслению потребления медицинской помощи остался бы далеко не завершенным без концептуализации изучаемого феномена в предметном поле социологии. Систематизируя подходы к изучению феномена «поведения больного», Дж.Т. Янг совершенно справедливо заявляет, что большинство таких исследований проведено в микросоциологической перспективе. Это локальный, личностный подход: изучается, что происходит с потенциальным пациентом, о чем он думает и что чувствует, как поступает в определенных социальных ситуациях [33, с. 11]. Однако микросоциологические теории, к примеру, концепция стигматизации И. Гофмана, объясняют только факт социальной реакции на отклонение (болезнь), но глубинных причин поведения, обусловленных социально-демографическими характеристиками больного и социальной структурой общества, не вскрывают.

Полагаем, что задача современной социологии состоит в том, чтобы связать воедино социокультурные основания стратегий потребления медицинской помощи с социально-экономической структурой общества. Это даст возможность показать дифференцирующую силу данной взаимосвязи, способствующей воспроизводству социального неравенства потребителей в сфере медицинского обеспечения.

**Социологический подход** к исследованию потребления медицинской помощи базируется на нескольких теоретических посылах.

1. Потребление медицинской помощи — это разновидность социального действия.

2. Потребление медицинской помощи преломляется культурной программой конкретно-исторического общества, стилем жизни социальной общности или социальной группы, к которой принадлежит типичный «средний потребитель».

3. Социально-статусные и социокультурные различия продуцируют неодинаковые социальные действия, являющиеся частью индивидуально-типических потребительских стратегий, в результате которых складывается побочное стратификационное деление общества в

сфере потребления медицинской помощи — сфере, интегрирующей медицинскую активность и образ жизни личности, социальной группы и общества в целом.

Как известно, классическое понимание сущности социального действия было заложено М. Вебером. В структуре социального действия ученый выделял смысловую ориентацию на ожидание определенного поведения других и в соответствии с этим субъективную оценку шанса на успех собственных действий [7]. Эта идея справедлива и для оценки поведения потребителей медицинской помощи, так как поведение потенциального или реального пациента всегда соотносится с ожиданием поведения других акторов — поддержки со стороны семьи и близких людей, профессиональной помощи со стороны медицинского персонала, понимания со стороны руководства, если человек вынужден брать отпуск из-за временной нетрудоспособности.

Указанные примеры подтверждают методологически важную для нас идею Э. Дюркгейма, что социальные нормы влияют на индивидуальное поведение не непосредственно, а через определенные механизмы их интериоризации, что внешняя детерминация осуществляется через ценностные ориентации индивидов, что действенность социальных регуляторов определяется не только их принудительностью, но и желательностью для индивидов [12, с. 112].

В современной американской социологии поведение в ситуации болезни (“illness behaviour”) рассматривается не просто как решение об актуализации поиска профессиональной медицинской помощи или процесс совладания с симптомами, но как многоплановая, конструируемая индивидом и социальным окружением «карьера болезни» [30, р. 984]. Подобный взгляд раскрывает динамический аспект функционирования стратегии поведения заболевших в противовес статической «доминантной модели», в центре которой — социальные, экономические, территориальные и иные барьеры потребления, существующие независимо от потребителя.

При обращении к стратификационному аспекту потребления медицинской помощи возникает закономерный вопрос: а справедливо ли вообще говорить о социальном неравенстве и дифференциации в сфере здравоохранения? Мы полагаем, что номинальные группы потребителей медицинской помощи сами по себе не могут выступать единицей стратификационных процессов и механизмов, так как они являются, говоря языком П. Бурдьё, «группами на бумаге». Но если потребление медицинской помощи коррелирует с социально-статусными и демографическими параметрами, то можно говорить о появлении нового типа стратификационного деления общества. В подтверждение наших слов приведем мнение Г.А. Аванесовой: «...социальное расслоение отличается от социальной дифференциации.

Понятие “социальная дифференциация” более широкое по объему и подразумевает любые социальные различия, в том числе не связанные с неравенством, со стимулированием (или, наоборот, репрессией) разных форм деятельности» [26, с. 324].

Таким образом, потребление не является значимым дифференцирующим признаком социального слоя, но это не исключает возможности стратификационного анализа стратегий потребления медицинской помощи, ибо социально-статусные, естественные и культурные различия изначально ставят потребителей медицинской помощи в неравное положение.

Отличие социологического подхода к анализу потребления медицинской помощи от медико-социального состоит в исследовании типических форм поведения людей не только как пациентов в профессиональном поле медицинской практики, но и «на подступах» к институту здравоохранения. Следовательно, социология изучает в том числе способы ориентации личности на потребность, включая бездействие, отказ от медицинского вмешательства, а также мотивы внеинституциональных парамедицинских практик. Социологию не интересует история болезни отдельного человека, каким бы выдающимся он ни был. Социологическая перспектива открывает возможность анализа потребления медицинской помощи как многопланового, более-менее устойчивого, эмоционально-окрашенного адаптивного поведения личности в социальном пространстве; цель этого типа поведения — удовлетворение потребности в здоровье посредством взаимодействия с провайдерами медицинской помощи.

Интегративным фактором потребительского выбора в сфере медицинского обеспечения является доступность медицинской помощи. Теоретико-методологические традиции изучения доступности медицинской помощи и социального неравенства в данной сфере условно разделяются на две группы: субъективистские и объективистские. В субъективистских концепциях подчеркивается роль поведения потребителя, которое зависит от индивидуальных характеристик (пол, возраст, образование, профессиональный статус, этническая принадлежность, ресурсный потенциал). В рамках объективистской методологической проекции, как правило, рассматриваются экономические, географические, организационные, культурные и иные барьеры, определяющие степень контекстуальной доступности конкретной системы медицинского обеспечения. Социология как наука, обладающая многомерным методологическим потенциалом, способна обнаружить скрытые, но реальные по своим последствиям социальные механизмы конституирования доступа к медицинской помощи в условиях, когда позитивные формы медицинской активности имеют разного рода ограничения.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Аванесян К.А.* Социальное воздействие рекламы на поведение потребителей: институциональный анализ: Автореф. дис. канд. социол. наук: 22.00.03. Новочеркасск, 2011. — 22 с.
2. *Бармина Т.В.* Культура потребления медицинских услуг в современном российском обществе: Автореф. дис. канд. социол. наук: 14.00.52. Волгоград, 2009. — 24 с.
3. *Бодрийяр Ж.* Общество потребления / Пер. Е.А. Самарская. М.: Республика, 2006. — 272 с.
4. *Бодрийяр Ж.* Система вещей / Пер. С.Н. Зенкин. М.: Рудомино, 1999. — 223 с.
5. *Вайнер Э.Н.* Валеология. М.: Флинта, 2011. — 448 с.
6. Введение в экономику здравоохранения для стран Восточной Европы и СНГ / С. Виттер и Т. Енсор. Центр экономики здравоохранения, Университет Йорка, Великобритания, 1998 [электронный ресурс]. Дата обращения 10.01.2014. URL: <<http://tokb.ru/elibrary/book/economicEU1998B11R.pdf>>.
7. *Вебер М.* О некоторых категориях понимающей социологии // Западно-европейская социология XIX – начала XX веков / Под ред. В.И. Добренькова. М.: Международный Университет Бизнеса и Управления, 1996. С. 491–507.
8. *Волков Ю.Г., Барбашин М.Ю., Барков Ф.А., Верецагина А.В., Посухова О.Ю., Сериков А.В., Черноус В.В.* О чём мечтают россияне и жители Ростовской области: сравнительный анализ // Россия реформирующаяся. Вып. 11: Ежегодник / Отв. ред. М.К. Горшков. М.: Новый хронограф, 2012. С. 337–366.
9. *Волкова М.Б.* Здравоохранительное поведение населения в условиях российских социально-экономических трансформаций: Дис. ... канд. социол. наук: 22.00.03. Саратов, 2005. — 269 с.
10. *Воронцова Е.В.* Биомедицинский подход к определению понятия «здоровье» как основа профессионального понимания его содержания // Известия Юго-Западного гос. ун-та. Серия: История и право. 2012. № 2. Ч. 2. С. 113–117.
11. *Вялых Н.А.* Методология социологического исследования неравенства в доступе к медицинской помощи: Научно-методическое пособие. Ростов-на-Дону: Изд-во Южного федерального ун-та, 2013. — 186 с.
12. *Дюркгейм Э.* Социология. Ее предмет, метод, предназначение / Пер. с фр., сост., послесл. и примеч. А.Б. Гофмана. М.: Канон, 1995. — 352 с.
13. *Ильин В.И.* Потребление как дискурс: Учеб. пособие. СПб.: Интерсоцис, 2008. — 446 с.
14. *Лисицын Ю.П.* Общественное здоровье и здравоохранение: Учебник для студентов мед. вузов. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. — 507 с.
15. *Лукичев П.Н.* Проблема потребностей личности: другой взгляд // Методология, теория и история социологии: Сб. науч. статей. Материалы Всероссийской науч. конф. «Методология, теория и история социологии» (Ростов-на-Дону, 23–24 ноября 2012 г.). Т. 1. / Под. ред. В.И. Филоненко. Ростов-на-Дону: Изд-во Южного федер-го ун-та, 2012. С. 163–174.

16. Маслоу А. Мотивация и личность / Пер. Т. Гутман, Н. Мухина. СПб.: Питер, 2012. — 352 с.
17. Микроэкономика: Учебник для бакалавров / И.Э. Белоусова, Р.В. Бубликова, Е.В. Иванова [и др.]; Под ред. Г.А. Родиной, С.В. Тарасовой. М.: Изд-во Юрайт, 2013. — 263 с.
18. Мисюлин С.С., Борисов Д.А. Качество медицинских услуг как категория частных (потребительских) предпочтений // Вестник Росздравнадзора. 2010. № 1. С. 31–32.
19. Никулина М.А. Социоанализ методологических стратегий современной биоэтики // Исторические, философские, политические и юридические науки, культурология и искусствоведение. Вопросы теории и практики. 2013. № 10–2 (36). С. 138–141.
20. Овруцкий А.В. Социальная онтология потребления: научные представления, модели, общество потребления: Автореф. дис. д-ра филос. наук: 09.00.11. Ростов-на-Дону, 2012. — 45 с.
21. Радаев В.В. Социология потребления: основные подходы // Социологические исследования. 2005. № 1. С. 5–18.
22. Радаев В.В. Экономическая социология: Учеб. пособие для вузов. М.: Изд. дом ГУ ВШЭ, 2005. — 603 с.
23. Савельева Ж.В. Потребление медицинских услуг или оказание медицинской помощи: конструирование образов платной и бесплатной медицины средствами массовой коммуникации // Журнал социологии и социальной антропологии. 2011. Т. 14. № 5. С. 347–355.
24. Саморегуляция и прогнозирование социального поведения личности: Диспозиционная концепция. 2-е расширенное изд. М.: ЦСПиМ, 2013. — 376 с.
25. Система поддержания здоровья в современной России: Сб. ст. и материалов полевых исследований / [С.Г. Кордонский и др.]; Под ред. И.В. Кошкарновой. М.: Страна Оз, 2012. — 400 с.
26. Социология. Основы общей теории: Учеб. Пособие / Г.В. Осипов, Л.Н. Москвичев. М.: Норма, 2003. — 912 с.
27. Фролова Ю.Г. Биопсихосоциальная модель как концептуальная основа психологии здоровья // Философия и социальные науки. 2008. № 4. С. 60–65.
28. Чумаков Б.Н. Валеология: Учеб. пособие. М.: Педагогическое общество России, 2001. — 407 с.
29. Arrow K.J. Uncertainty and the welfare economics of medical care // American Economic Review. 1963. Vol. 53. P. 941–973.
30. Biddle L., Donovan J., Sharp D., Gunnell D. Explaining non-help-seeking amongst young adults with mental distress: A dynamic interpretive model of illness behavior // Sociology of Health & Illness. 2007. Vol. 29. No. 7. P. 983–1002.
31. Engel G.L. The need for a new medical model: A challenge for biomedicine // Science. 1977. Vol. 196. P. 129–135.
32. Rose U., Zimmermann L., Pfeifer R., Unterbrink T., Bauer J. Intention as an indicator for subjective need: A new pathway in need assessment // Journal of Occupational Medicine and Toxicology. 2010. No. 5:20 [online]. Date of access 11.01. 2014. URL: <<http://www.occup-med.com/content/5/1/20>>.

33. Young J.T. Illness behaviour: A selective review and synthesis // *Sociology of Health & Illness*. 2004. Vol. 26. No. 1. P. 1–31.

Дата поступления: 12.01.2014.

*N.A. VYALYKH*

**Vyalikh Nikita Andreevich** — Candidate of Sociological Sciences, Senior Lecturer of the Department of Theoretical Sociology and Methodology of Regional Studies at Southern Federal University (Rostov-on-Don). **Address:** Pushkin Str., 160 – 209, Rostov-on-Don, 344006, Russia. **Phone:** +7 (951) 846-79-37.

**Email:** sociology4.1@yandex.ru

#### **THEORETICAL BACKGROUNDS OF THE SOCIOLOGICAL ANALYSIS OF MEDICAL CARE CONSUMPTION**

*Abstract.* The topicality of the article is the necessity to construct theoretical bases of medical care consumption study in sociology. The purpose of this article is a systematic analysis of the content and boundaries in using the category of medical care consumption in sociological science. The novelty of the work is expressed in the applying of transdisciplinary methodological principle in medical care consumption phenomenon study. The author comes to the conclusion about the possibility of integrating of biomedical, valeological, axiological, economic, socio-cultural approaches for better sociological understanding of illness behaviour. Micro sociological perspective views medical care consumption as a stage of individual “disease career” in the social relation context. Macro sociological tradition is concerned with primarily how institutional limitations and cultural program of society influence medical activity. Socially-status and socio-cultural differences produce consumer strategies due to which form a secondary stratified division of society in the sphere of medical care consumption. Thus, the task of modern sociology, in the opinion of the author, is to link the socio-cultural basis of medical care consumption strategies with socio-economic structure of society. At the end of article the author emphasizes that sociological approach allows to reveal the hidden subjective and objective factors of medical care accessibility, as well as to define the reasons and effects of obvious limitations in medical care system.

*Keywords:* Consumption, medical care, healthcare, activity, culture, differentiation.

#### REFERENCES

1. Avanesjan K.A. Socialnoe vozdejstvie reklamy na povedenie potrebitelej: institucionalnyj analiz: Avtoref. dis. kand. sociol. nauk: 22.00.03. Novoчеркассk, 2011. — 22 s. (In Russ.)
2. Barmina T.V. Kul'tura potreblenija medicinskih uslug v sovremennom rossijskom obshhestve: Avtoref. dis. kand. sociol. nauk: 14.00.52. Volgograd, 2009. — 24 s. (In Russ.)
3. Bodrijar Zh. Obshhestvo potreblenija / Per. E.A. Samarskaja. Moskva: Respublika, 2006. — 272 s. (In Russ.)
4. Bodrijar Zh. Sistema veshhej. [Per. S.N. Zenkin]. Moskva: Rudomino, 1999. — 223 s. (In Russ.)
5. Vajner Je.N. Valeologija. Moskva: Flinta, 2011. — 448 s. (In Russ.)
6. Vvedenie v ekonomiku zdravooхранenija dlja stran Vostochnoj Evropy i SNG. S. Vitter i T. Ensor. Centr jekonomiki zdravooхранenija, Universitet Jorka, Velikobritanija, 1998 [jelektronnyj resurs]. Data obrashhenija 10.01.2014. URL: <<http://tokb.ru/elibrary/bookeconomic/EU1998B11R.pdf>>. (In Russ.)

7. Veber M. *O nekotoryh kategorijah ponimajushhej sociologii*. Zapadno-evropejskaja sociologija XIX – nachala XX vekov. [Pod red. V.I. Dobren'kova]. Moskva: Mezhdunarodnyj Universitet Biznesa i Uprav-lenija, 1996. S. 491–507. (In Russ.)
8. Volkov Ju.G., Barbashin M.Ju., Barkov F.A., Vereshhagina A.V., Posuhova O.Ju., Serikov A.V., Chernous V.V. *O chjom mechtajut rossijane i zhiteli Rostovskoj oblasti: sravnitel'nyj analiz*. Rossiya reformirujushhasja. Vyp. 11: Ezhegodnik. [Otv. red. M.K. Gorshkov]. Moskva: Novyj hronograf, 2012. S. 337–366. (In Russ.)
9. Volkova M.B. *Zdravoohranitel'noe povedenie naselenija v uslovijah Rossijskikh socialno-ekonomicheskikh transformacij*: Dis. ... kand. sociol. nauk: 22.00.03. Saratov, 2005. — 269 s. (In Russ.)
10. Voroncova E.V. *Biomedicinskij podhod k opredeleniju ponjatija «zdorov'e» kak osnova professional'nogo ponimanija ego sodержanija*. Izvestija Jugo-Zapadnogo gos. un-ta. Serija: Istorija i pravo. 2012. № 2. Ch. 2. S. 113–117. (In Russ.)
11. Vyalykh N.A. *Metodologija sociologičeskogo issledovanija neravenstva v dostupe k medicinskoj pomoshhi*: Nauchno-metodičeskoe posobie. Rostov-na-Donu: Izd-vo Južnogo federal'nogo un-ta, 2013. — 186 s. (In Russ.)
12. Djurkejm Je. *Sociologija. Ee predmet, metod, prednaznachenie*. [Per. s fr., sost., poslesl. i primech. A.B. Gofmana]. Moskva: Kanon, 1995. — 352 s. (In Russ.)
13. Il'in V.I. *Potreblenie kak diskurs*: Učeb. posobie. St-Petersburg: Intersocis, 2008. — 446 s. (In Russ.)
14. Lisicyn Ju.P. *Obshhestvennoe zdorov'e i zdavoohranenie*: Učebnik dlja studentov med. vuzov. Moskva: GJeOTAR-Media, 2010. — 507 s. (In Russ.)
15. Lukichev P.N. *Problema potrebnostej ličnosti: drugoj vzgljad*. Metodologija, teorija i istorija sociologii: Sb. nauch. statej. Materialy Vserossijskoj nauch. konf. "Metodologija, teorija i istorija sociologii" (Rostov-na-Donu, 23–24 nojabrja 2012 g.). T. 1. [Pod. red. V.I. Filonenko]. Rostov-na-Donu: Izd-vo Južnogo feder-go un-ta, 2012. S. 163–174. (In Russ.)
16. Maslou A. *Motivacija i ličnost'*. [Per. T. Gutman, N. Muhina]. St-Petersburg: Piter, 2012. — 352 s. (In Russ.)
17. *Mikroekonomika: Učebnik dlja bakalavrov*. [I.Je. Belousova, R.V. Bublikova, E.V. Ivanova [i dr.]; Pod red. G.A. Rodinoj, S.V. Tarasovoj]. Moskva: Izd-vo Jurajt, 2013. — 263 s. (In Russ.)
18. Misjul'in S.S., Borisov D.A. *Kachestvo medicinskih uslug kak kategorija častnyh (potrebitel'skih) predpochtenij*. Vestnik Roszdravnadzora. 2010. № 1. S. 31–32. (In Russ.)
19. Nikulina M.A. *Socioanaliz metodologičeskikh strategij sovremen-noj biojetiki*. Istoricheskie, filosofskie, političeskie i juridicheskie nauki, kul'turologija i iskusstvovedenie. Voprosy teorii i praktiki. 2013. № 10–2 (36). S. 138–141. (In Russ.)
20. Ovruckij A.V. *Social'naja ontologija potreblenija: nauchnye predstavlenija, modeli, obshhestvo potreblenija*: Avtoref. dis. d-ra filos. nauk: 09.00.11. Rostov-na-Donu, 2012. — 45 s. (In Russ.)
21. Radaev V.V. *Sociologija potreblenija: osnovnye podhody*. Sociologičeskie issledovanija. 2005. № 1. S. 5–18. (In Russ.)
22. Radaev V.V. *Jekonomičeskaja sociologija*: Učeb. posobie dlja vuzov. Moskva: Izd. dom GU VShJe, 2005. — 603 s. (In Russ.)
23. Savel'eva Zh.V. *Potreblenie medicinskih uslug ili okazanie medi-cinskoj pomoshhi: konstruirovanie obrazov platnoj i besplatnoj me-diciny sredstvami massovoj komunikacii*. Zhurnal sociologii i social'noj antropologii. 2011. T. 14. № 5. S. 347–355. (In Russ.)
24. *Samoreguljacija i prognozirovanie social'nogo povedenija ličnosti: Dispozicionnaja koncepcija*. 2-e rasshirennoe izd. Moskva: CSPiM, 2013. — 376 s. (In Russ.)

25. Sistema podderzhanija zdorov'ja v sovremennoj Rossii: Sb. st. i materialov polevyh issledovanij. [S.G. Kordonskij i dr.; Pod red. I.V. Koshkarovoj]. Moskva: Strana Oz, 2012. — 400 s. (In Russ.)
26. Sociologija. Osnovy obshhej teorii: Ucheb. Posobie. [G.V. Osipov, L.N. Moskvichev]. Moskva: Norma, 2003. — 912 s. (In Russ.)
27. Frolova Ju.G. *Biopsihosocial'naja model' kak konceptual'naja osnova psihologii zdorov'ja*. Filosofija i social'nye nauki. 2008. № 4. S. 60–65. (In Russ.)
28. Chumakov B.N. *Valeologija: Ucheb. posobie*. Moskva: Pedagogicheskoe obshhestvo Rossii, 2001. — 407 s. (In Russ.)
29. Arrow K.J. *Uncertainty and the welfare economics of medical care*. American Economic Review. 1963. Vol. 53. P. 941–973.
30. Biddle L., Donovan J., Sharp D., Gunnell D. *Explaining non-help-seeking amongst young adults with mental distress: A dynamic interpretive model of illness behavior*. Sociology of Health & Illness. 2007. Vol. 29. No. 7. P. 983–1002.
31. Engel G.L. *The need for a new medical model: A challenge for biomedicine*. Science. 1977. Vol. 196. P. 129–135.
32. Rose U., Zimmermann L., Pfeifer R., Unterbrink T., Bauer J. *Intention as an indicator for subjective need: A new pathway in need assessment*. Journal of Occupational Medicine and Toxicology. 2010. No. 5:20 [online]. Date of access 11.01. 2014. URL: <<http://www.occup-med.com/content/5/1/20>>.
33. Young J.T. *Illness behaviour: A selective review and synthesis*. Sociology of Health & Illness. 2004. Vol. 26. No. 1. P. 1–31.

Received: 12.01.2014.